Rok VI 1939 Zeszyt 1

RUCH PRZECIWGRUŹLICZY

ORGAN WOJEWÓDZKICH TOWARZYSTW PRZECIWGRUŹLICZYCH WE LWOWIE I STANISŁAWOWIE I LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z GRUŹLICĄ ORAZ ZRZESZENIA DYREKTORÓW SANATORIÓW PRZECIWGRUŹL. O CHARAKTERZE SPOŁECZNYM

MIESIĘCZNIK

Prenumerata roczna 12 zł. Konto P. K. O. 512.197

Redaktor: Dr LESŁAW WĘGRZYNOWSKI
Sekretarz redakcji: Dr D. ZIER

Adres Redakcji i Administracji: LWÓW, ul. LINDEGO 5 Tel. 227-11

Do numeru załączamy Czek P. K. O.

Biophytol

GĄSECKI

Caps. et Pulv. Reg. Nr. 1846

KWAŚNA SÓL WAPNIOWO - MAGNEZOWA
KWASU INOZYTO - SZEŚCIOFOSFOROWEGO

BIOPHYTOL GĄSECKI

Liqu. Reg. Nr. 1843

OBOJĘTNA SÓL SODOWA KWASU
INOZYTO - SZEŚCIOFOSFOROWEGO

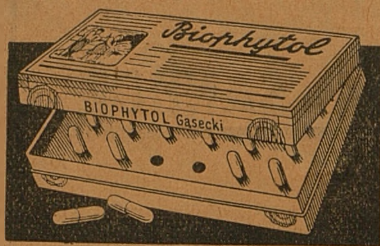
jest preparatem fosforu organicznego, wydzielonego z nasion, roślin oleistych. Zawiera około 22% fosforu organicznego. Na rynku farmaceutycznym znajduje się w 3 postaciach:

1) kapsułek żelatynowych á 0·25; 2) proszku do receptury; 3) kropel, jako dogodna postać w praktyce dziecięcej.

WSKAZANIA: Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, neurastenia, niemoc płciowa, niedokrwistość, brak łaknienia, rekonwalescencja zołzy, krzywica, gruźlica, ciąża, okres karmienia.

SPOSÓB UŻYCIA:

BIOPHYTHOL zażywa się w czasie lub po jedzeniu.



Dorośli: 3 razy dzien. 1—2 kaps. lub			25—35 kropli
Dzieci: do 1 roku życia	3 x dz. po	5	,,
od 1—6 lat	3 x ,, ,,	5—10	,,
,, 6—10 ,,	3 x ,, ,,	10—15	,,
,, 10—16 ,,	3 x ,, ,,	15—25	,,

OPAKOWANIE:

1) Capsulae — 1 pud. zawiera 50 kapsułek á 0.25
2) Pulvis — 1 flakon ,, 10 gr. proszku
3) Liquidum — 1 ,, ,, 20 ,, płynu

oraz ODMIANY: „BIOPHYTHOLU“: FERROBIOPHYTOL — „GĄSECKI“
w opakowaniu 1 pudełko zawiera 30 kapsułek á 0.25.
Sposób użycia 3 × dz. po 1—2 kaps. w czasie jedzenia.

FERROBIOPHYTOL c. ARSENO — „Gąsecki“ — 1 pudełko zawiera
30 kapsułek á 0·25.
Sposób użycia 2 × dz. po 2 kaps. w 1—2 godz. po jedzeniu.

**Mokotowska Fabryka Chem.-Farm. A. Gąsecki i Synowie
Sp. Akc. — Warszawa, ul. Belgijska Nr. 7.**

Rok VI 1939 Zeszyt 1

RUCH PRZECIWGRUŹLICZY

ORGAN WOJEWÓDZKICH TOWARZYSTW PRZECIWGRUŹLICZYCH WE LWOWIE I STANISŁAWOWIE I LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z GRUŹLICĄ ORAZ ZRZESZENIA DYREKTORÓW SANATORIÓW PRZECIWGRUŹL. O CHARAKTERZE SPOŁECZNYM

MIESIĘCZNIK

Prenumerata roczna 12 zł. Konto P. K. O. 512.197

Redaktor: Dr LESŁAW WĘGRZYNOWSKI
Sekretarz redakcji: Dr D. ZIER

Projekt rządowy ustawy przeciwgruźliczej po wprowadzeniu poprawek Polskiego Związku Przeciwgruźliczego*)

W roku zeszłym Rząd wniósł projekt ustawy przeciwgruźliczej do Sejmu. (p. Nr 1 Ruchu z r. 1938). Projekt ten wywołał bardzo obszerną i żywą dyskusję, którą staraliśmy się już to umieszczać w Ruchu w całości już też w referatach z odnośnych prac. Na obecną kadencję projekt rządowy niezmieniony wpłynął ponownie do Sejmu jako „Druk sejmowy Nr 24. rok 1938/39 Kadencja V".

W dniu 16. I. br. delegacja Polskiego Związku Przeciwgruźliczego doręczyła Panu Marszałkowi Sejmu poniżej podane poprawki do projektu rządowej ustawy o zwalczaniu gruźlicy:

Art. 1. Ustanawia się obowiązek zgłaszania:

1) każdego stwierdzonego przez lekarza przypadku gruźlicy w postaci niebezpiecznej dla otoczenia, *zarówno płucnej jak i innych narządów;*

2) każdorazowej zmiany mieszkania przez osobę chorą na taką gruźlicę;

3) każdego przypadku zgonu na gruźlicę;

4) *każdego przypadku gruźlicy zwierzęcej, w szczególności bydła rogatego i ptactwa domowego.*

*) Drukowane kursywą są zmiany, dodatki względnie przeredagowania projektu rządowego przez P. Z. P.



Art. 2. (1) Obowiązek zgłaszania stwierdzonych przypadków gruźlicy obciąża:

1) lekarza, który chorobę stwierdził;

2) jeżeli chory przebywa w zakładzie: leczniczym, opiekuńczym, wychowawczym (bursie, internacie), poprawczym, więziennym itp. — przełożonego zakładu:

(2) Obowiązek zgłaszania zmiany mieszkania przez osobę chorą obciąża:

1) jeżeli mieszkała z rodziną — głowę rodziny;

2) jeżeli przebywała w zakładzie (ust. (1), pkt. 2) — przełożonego zakładu;

3) jeżeli pozostawała pod opieką przychodni — kierownika przychodni.

W zgłoszeniu należy podać lokal, zamieszkiwany przez chorego bezpośrednio przed zmianą mieszkania, oraz w miarę możności lokal, do którego się wprowadził.

(3) Obowiązek zgłaszania przypadków zgonu obciąża osobę, wystawiającą świadectwo (kartę) zgonu.

(4) *Obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy zwierzęcej obciąża lekarza weterynarii, który chorobę stwierdził.*

Art. 3. (1) Zgłoszenia należy przysyłać jako tajne w kopercie zamkniętej lekarzowi powiatowemu, a w m. st. Warszawie — Zarządowi Miejskiemu bezpośrednio lub za pośrednictwem wskazanych przez nich przychodni przeciwgruźliczych.

(2) Wojewoda może przekazać przyjmowanie zgłoszeń o gruźlicy *przychodni przeciwgruźliczej lub innym* organom wykonawczym powiatowych lub gminnych związków samorządowych, mających odpowiedni personel lekarski.

(3) *Lekarz powiatowy, a w m. st. Warszawie Zarząd Miejski, prowadzi regestr wszystkich zgłoszonych mu przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia i zgonów z niej. Jeżeli zgłoszenia powyższe będą kierowane nie przez przychodnie przeciwgruźlicze, będą one komunikowane właściwym terytorialnie przychodniom.*

(4) Termin składania zgłoszeń określi rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej.

Art. 4. *(1) Osoby chore na gruźlicę w postaci niebezpiecznej dla otoczenia nie mogą być zatrudniane w takich zawodach i instytucjach, w których wskutek swych czynności zawodowych lub urzędowych mogą czy to pośrednio, czy to bezpośrednio zakażać inne osoby.*

(2) Kandydaci(tki) do zawodu kapłańskiego, nauczycielskiego, pielęgniarskiego, na karmicielki obcych niemowląt (mamki), niańki, wychowawcy, kandydaci(tki) do studiów akademickich, nowozaciągani rekruci oraz kandydaci(tki) i pracownicy innych zawodów w/g uznania Ministra Opieki

Społecznej, powinni być poddawani szczegółowemu badaniu w celu wykrycia istniejącej gruźlicy w okresie początkowym.

(3) Badanie prefektów, nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek, położnych, piastunek oraz innego personelu, zatrudnionego w zakładach, przeznaczonych dla dzieci lub młodzieży, oraz pracowników innych zawodów, którzy na skutek właściwości samej pracy lub jej warunków mogą szczególnie łatwo stać się szerzycielami zakażenia gruźliczego, powinno być powtarzane w trakcie trwania stosunku pracy.

(4) *Dzieci chore na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia nie mogą uczęszczać do ogólnych szkół, ochron, żłobków itp. Dla dzieci gruźliczych powinny być tworzone zakłady specjalne.*

(5) *W szpitalach a także w zakładach dla umysłowo chorych, w więzieniach, w zakładach poprawczych, w przytułkach dla starców i dla osób niedołężnych, w schroniskach itp., osoby, cierpiące na postać gruźlicy niebezpieczną dla otoczenia, muszą być oddzielone od innych pensjonariuszów danego zakładu.*

Art. 5. (1) *Funkcjonariuszom państwowej służby cywilnej lub wojskowej, jak również emerytowanym funkcjonariuszom państwowym polskim, chorym na gruźlicę, nabytą niewątpliwie w czasie i wskutek pełnienia czynności służbowych, przysługuje prawo korzystania z państwowej pomocy lekarskiej stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 28 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr 10 z 1934 r., poz. 81) z zastosowaniem do nich § 16 tego rozporządzenia, a pracownikom innych zakładów pracy — na koszt właściwych instytucyj ubezpieczeń społecznych lub innego rodzaju organizacyj pomocy leczniczej.*

(2) *Przy zwalnianiu funkcjonariuszów państwowych ze służby cywilnej lub wojskowej z powodu gruźlicy w trybie art. 28 Ustawy z dn. 11 grudnia 1923 r. o zaopatrywaniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. U. R. P. Nr 20 z 1934 r., poz. 160) lub art. 29, ust. a i b. zmienionego Ustawą z dn. 12 marca 1938 r. o zmianie niektórych przepisów, dotyczących zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. U. R. P. Nr 17 z 1938 r., poz. 125) zastosowanie mieć będzie ust. c. pktu 2 art. 9 Ustawy emerytalnej (Dz. U. R. P. Nr 20 z 1934 r., poz. 160).*

Art. 6. (1) *Lekarz urzędowy może w przypadkach szczególnych, zagrażających bezpieczeństwu zdrowia publicznego, samoistnie lub na wniosek przychodni przeciwgruźliczej skierować chorego, nawet bez zgody jego i jego rodziny, pod opiekę przychodni przeciwgruźliczej lub umieścić go we właściwym zakładzie na koszt chorego, a w razie jego niezamożności — na koszt tej instytucji, która z tytułu prawa ponosić powinna koszty jego leczenia.*

(2) Publiczne zakłady lecznicze ogólne lub specjalne dla gruźliczych chorych są obowiązane, w miarę posiadania wolnych łóżek *na właściwym oddziale gruźliczym*, przyjmować przekazanych przez lekarza urzędowego chorych gruźliczych.

(3) *W razie przymusowego leczenia osoby, która jest wyłącznym żywicielem swojej rodziny, a ta ostatnia nie posiada żadnych innych źródeł utrzymania, przez cały czas zakładowego leczenia żywiciela koszt utrzymania rodziny poniesie Główny Komitet Walki z Gruźlicą wspólnie z właściwym samorządem terytorialnym i instytucją obowiązaną według prawa do leczenia chorego.*

(4) *Szczegółowe przepisy, ustalające osoby uprawnione do korzystania z zasiłku na utrzymanie, normy tego zasiłku, jak również wysokość udziału poszczególnych czynników współpłacących oraz inne szczegóły ureguluje rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej, wydane w porozumieniu z innymi Ministrami.*

Art. 7. (1) *Zakładem lub oddziałem przeciwgruźliczym w zrozumieniu niniejszej ustawy jest każdy zakład lub oddział szpitala czy innego zakładu leczniczego albo zapobiegawczego, sprawujący pieczę nad chorymi na gruźlicę lub nią zagrożonymi dorosłymi i dziećmi.*

(2) *Wszelkim zakładom przeciwgruźliczym zapobiegawczym i leczniczym, należycie urządzonym i prowadzonym, a nie obliczonym na zysk, przysługuje charakter użyteczności publicznej.*

(3) *Przychodnia przeciwgruźlicza powinna być w każdej miejscowości punktem centralnym zwalczania gruźlicy i pozostawać w łączności ze wszystkimi zakładami leczniczymi i zapobiegawczymi, przeznaczonymi dla danego terytorium.*

(4) *Obowiązkiem przychodni przeciwgruźliczej jest prowadzenie ścisłej ewidencji wszystkich jej znanych środowisk gruźlicy i otaczanie ich swą opieką, przede wszystkim zapobiegawczą.*

Art. 8. (1) Na gminach miejskich, powiatowych związkach samorządowych *oraz na instytucjach Ubezpieczeń Społecznych i organizacjach społecznych, mających na celu ochronę zdrowia publicznego, a zjednoczonych w zakresie zwalczania gruźlicy w Głównym Komitecie Walki z Gruźlicą, ciąży obowiązek zakładania, utrzymywania i prowadzenia wspólnym kosztem wszelkiego rodzaju nie obliczonych na zysk, potrzebnych do zapobiegania i leczenia gruźlicy, zakładów w liczbie, odpowiadającej potrzebom wiejskiej i miejskiej ludności danego terytorium, ustalonej przez Główny Komitet Walki z Gruźlicą i zatwierdzonej przez właściwe władze. Mianowicie:*

1) *przychodni przeciwgruźliczych samodzielnych, w ośrodkach zdrowia lub w związku ze szpitalami;*

2) *przychodni przeciwgruźliczych dla dzieci i doro-*

słych, tj. oddziałów szpitalnych specjalnych, sanatoriów, jak również w szczególności w osiedlach fabrycznych lub przeludnionych — prewentoriów, półsanatoriów, kolonii leczniczych, szkół na otwartym powietrzu, stacyj leśnych itp.

(2) *Czas założenia, w trybie wymienionym w pkt. (1) niniejszego artykułu, przychodni przeciwgruźliczej lub innego zakładu przeciwgruźliczego oraz konieczna liczba łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla chorych gruźliczych na pewnym terytorium winny być przewidziane w ramach planu (art. 16) układanego przez Wojewódzki Oddział Głównego Komitetu z Gruźlicą, a zatwierdzonego przez właściwego Wojewodę.*

Art. 9. *Na sfinansowanie walki z gruźlicą osoby prawne, wymienione w art. 8· pkt. (1) i art. 15 mają obowiązek corocznie w budżetach swoich przeznaczać odpowiednie sumy pieniężne proporcjonalnie do reprezentowanej przez te instytucje liczby ludności, swej zasobowości finansowej i odpowiednio do zadań przydzielonych im według planu do wykonania.*

Art. 10. (1) Jeżeli związek samorządowy *lub inna osoba prawna, wymieniona w art. 8 pkt. 1 i art. 15* nie stawi do budżetu kredytów na wydatki, które obowiązana jest ponosić w myśl niniejszej ustawy, uczyni to władza nadzorcza, wskazując źródło pokrycia.

(2) Jeżeli Związek samorządowy *lub inne wymienione w art. 8 pkt. 1 i art. 15* osoby prawne nie wykonywują swych obowiązków, wynikających z niniejszej ustawy, w granicach swego budżetu lub wykonują je nienależycie, władza nadzorcza dokona potrzebnych czynności na ich koszt, przy czym ma ona prawo wydania zarządzeń co do źródeł pokrycia odnośnych wydatków.

Art. 11. (1) *Co rok do budżetu Państwowego Minister Skarbu w porozumnieniu z Ministrem Opieki Społecznej wstawia odpowiedniej wysokości sumy na zwalczanie gruźlicy, a w szczególności na subwencjonowanie przez Główny Komitet Walki z Gruźlicą budowy i utrzymanie odpowiednich zakładów przeciwgruźliczych oraz na subwencjonowanie leczenia niezamożnych chorych na gruźlicę (w yśl art. 6 niniejszej ustawy.*

(2) *Jeżeli poszczególne związki samorządowe lub inne osoby prawne, wymienione w art. 8 i art. 15 nie będą posiadały środków finansowych dostatecznych do wykonywania zadań przypadających na nie według planu, a wynikających z niniejszej ustawy, Państwo udzieli tym osobom przez Główny Komitet Walki z Gruźlicą odpowiednich subwencji.*

(3) *Subwencje państwowe na budowę zakładów przeciwgruźliczych mogą być przyznawane do wysokości 1/3 sumy ogólnych kosztów budowy i urządzenia zakładu, nie włączając w to kosztów terenu.*

(4) *Subwencja na leczenie chorego z tytułu art· 6 niniejszej ustawy nie może wynosić więcej niż 1/3 kosztów dziennych.*

(5) *Sumy pieniężne, wstawiane do budżetu Państwowego na zwalczanie gruźlicy, winny znajdować się w budżecie Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą; wszystkie subwencje, udzielane przez Państwo na budowę i utrzymywanie zakładów przeciwgruźliczych, leczenie chorych itp. winny być przewidziane w planie zwalczania gruźlicy dla całego Państwa, zatwierdzanym przez Ministerstwo Opieki Społecznej.*

Art. 12. (1) *W przypadku, kiedy osoba chora na gruźlicę w postaci niebezpiecznej dla otoczenia nie posiada żadnych uprawnień do korzystania ze świadczeń leczniczych lub zapobiegawczych, sama zaś — według wiarogodnego stwierdzenia — nie jest w stanie pokrywać w całości lub częściowo kosztów tych świadczeń, koszty te pokrywa Główny Komitet Walki z Gruźlicą.*

Dotyczy to również dezynfekcji mieszkania i rzeczy chorego. Poza tym do opłat za korzystanie z publicznych zakładów przeciwgruźliczych stosują się przepisy o pokrywaniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych.

(2) *Korzystanie ze świadczeń rozpoznawczych i zapobiegawczych przychodni przeciwgruźliczych jest zasadniczo bezpłatne. Przepis ten nie wyłącza możności pobierania opłat od instytucyj, w wypadku korzystania z przychodni przez chorych, którym instytucje te są obowiązane udzielać odpowiednich świadczeń. Wyjątki od zasady niepobierania opłat za korzystanie z przychodni ustali Minister Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia.*

Art. 13. (1) *Wszystkie przepisy o urządzaniu, otwieraniu, prowadzeniu itp. wszelkich powstających i istniejących zakładów przeciwgruźliczych, opracowane przez Główny Komitet Walki z Gruźlicą, zatwierdza i wydaje w drodze rozporządzenia Minister Opieki Społecznej.*

(2) Jeżeli ustawa niniejsza nie stanowi inaczej, do zakładów leczniczych przeciwgruźliczych stosują się ogólne przepisy o zakładach leczniczych.

(3) Kierownicy zakładów przeciwgruźliczych są obowiązani dostarczać władzom administracji ogólnej na żądanie wszelkich wiadomości, dotyczących działalności tych zakładów w zakresie zwalczania gruźlicy.

(4) W przypadku niezastosowania się do przepisów, wydanych na podstawie pkt. (1) niniejszego artykułu, zakład przeciwgruźliczy może być zamknięty.

Art. 14. (1) Minister Opieki Społecznej wyda w drodze rozporządzenia w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych przepisy, *opracowane przez Główny Komitet Walki Gruźlicą,* co do przeciwdziałania szerzeniu gruźlicy przez osoby, dotknięte nią w postaci niebezpiecznej dla otoczenia, a w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych — przepisy co do przeciwdziałania szerzeniu się gruźlicy przez zwierzęta.

(2) Ministerstwo Opieki Społecznej określi w drodze rozporządzenia sposób wykonywania nadzoru nad akcją zapobiegawczą i leczniczą w zakresie zwalczania gruźlicy.

Art. 15. (1) *W celu wykonywania specjalnych czynności, ustanowionych w niniejszej ustawie, tj. prowadzenia skoordynowanej i scalonej akcji zwalczania gruźlicy na terenie całego Państwa zarówno w zakresie organizacyjnym jak i fachowym, ustanawia się Główny Komitet Walki z Gruźlicą z Oddziałami Wojewódzkimi i Powiatowymi i udziałem w nich delegatów Rządu.*

(2) *Główny Komitet Walki z Gruźlicą będzie następujący:*

a) Oddział Powiatowy będzie posiadał 9—11 członków, mianowicie:

3 przedstawicieli samorządów, w tym:

1 od Wydziału Powiatowego;

2 od Rady Powiatowej.

3—5 przedstawicieli organizacji społecznych i zawodowych, w tym:

1 od miejscowego Towarzystwa Przeciwgruźliczego,

1 od Polskiego Czerwonego Krzyża,

1 delegat właściwej Izby Lekarskiej;

ewent. 2 dalszych delegatów od innych organizacyj społecznych, mających za zadanie ochronę zdrowia publicznego.

2 przedstawicieli instytucyj Ubezpieczeń Społecznych, wyznaczonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

1 przedstawiciela miejscowej władzy administracji ogólnej w osobie lekarza powiatowego.

Delegaci od samorządu będą pochodzić z wyboru, wszyscy inni będą delegowani przez odnośne instytucje: lekarz powiatowy wejdzie w skład Oddziału z urzędu.

Oddział Powiatowy Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą:

1) *opracowuje plany i kosztorysy scalonej akcji przeciwgruźliczej na terenie powiatu; 2) dokonywuje przydziału poszczególnych agend akcji przeciwgruźliczej pomiędzy współdziałające osoby prawne i koordynuje ich pracę; 3) spełnia wszystkie czynności na terenie powiatu, które ustanawia niniejsza ustawa dla Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą; 4) administruje według planu przydzielonymi mu funduszami; 5) utrzymuje łączność z władzami administracji ogólnej i Wojewódzkim Oddziałem Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą.*

b) Oddział Wojewódzki Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą będzie się składał z przewodniczących poszczególnych Oddziałów Powiatowych, z przedstawicieli samorządów miast wydzielonych (po 1 od Zarządu Miejskiego i od Rady Miejskiej), z przedstawiciela Izby Lekarskiej, 2 przedstawi-

cieli instytucyj ubezpieczeń społecznych, wyznaczonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2—3ch przedstawicieli Wojewódzkich władz administracji ogólnej (Naczelnik Wojew. Wydz. Zdrowia, Naczelnik Wojew. Wydz. Opieki Społecznej, Naczelnik Wojew. Wydz. Samorządowego) oraz z 2 przedstawicieli Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Zadania Wojewódzkiego Oddziału Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą będą analogiczne do zadań Oddziału Powiatowego, zaś obszarem działania będzie teren województwa.

Petit

UWAGA: Funkcje przewodniczącego, jego zastępcy oraz skarbnika Oddziałów Wojewódzkich i Powiatowych Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą nie mogą być pełnione przez przedstawicieli władzy administracji ogólnej.

c) Główny Komitet Walki z Gruźlicą, z siedzibą w stolicy Państwa, będzie się składał z przedstawicieli Oddziałów Wojewódzkich, 3 delegatów Ministerstwa Opieki Społecznej (Dep. Dep.: Służby Zdrowia, Ubezpieczeń, Opieki Społecznej); po 1 delegacie innych Ministerstw; po 1 delegacie od Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej, Państwowego Zakładu Higieny, po 2 przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i Polskiego Czerwonego Krzyża.

Przewodniczącego Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą wyznacza Minister Opieki Społecznej spośród przedstawionych mu trzech kandydatów, wybranych przez plenarne posiedzenie Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą.

3) Szczegółowy statut Głównego Komitetu Walki z Gruźliczą i jego Oddziałów Wojewódzkich i Powiatowych oraz przepisy o trybie postępowania przezeń w myśl niniejszej ustawy, koordynowania działalności poszczególnych osób fizycznych i prawnych w zakresie zwalczania gruźlicy, określi w drodze rozporządzenia Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Art. 16. (1) Główny Komitet z Gruźlicą z pomocą Oddziałów Wojewódzkich i Powiatowych oraz przedstawiciela władz administracji ogólnej będzie opracowywał 3-letnie plany i budżety walki z gruźlicą dla całego Państwa.

Pierwszy plan i budżet walki z gruźlicą opracuje Komitet w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie niniejszej ustawy; następne plany 3-letnie i budżety, będą opracowywane w trzecim roku realizacji poprzedniego.

(2) Podstawą do opracowania planu i budżetu akcji przeciwgruźliczej dla całego Państwa będą 3-letnie plany i budżety walki z gruźlicą dla poszczególnych województw, zatwierdzane przez wojewodę. Plan i budżety dla całego Państwa przedstawia Główny Komitet Walki z Gruźlicą do zatwierdzenia Ministrowi Opieki Społecznej. Również zatwierdzaniu przez Ministra Opieki Społecznej podlega roczny budżet Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą.

Art. 17. Kto:

1) nie dokona zgłoszeń, do których jest obowiązany, w myśl art. (1).

2) nie stosuje się do zarządzeń, wydawanych na podstawie rozporządzeń, wydanych w trybie *art. 13 pkt. 1 art. 14 pkt. 1* podlega w drodze administracyjnej karze aresztu do 1 miesiąca lub grzywny do 1.000 złotych, albo obu tym karom łącznie.

Art. 18. Środki prawne, wniesione przeciw zarządzeniom, wydanym na podstawie rozporządzeń przewidzianych *w art. 13 pkt. 1 i art. 14 pkt. 1* nie wstrzymują wykonania tych zarządzeń.

Art. 19. W art. 2 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 198) skreśla się pkt. 21.

Art. 20. Wykonanie ustawy niniejszej porucza się Ministrowi Opieki Społecznej w porozumnieniu z właściwymi Ministrami.

Art. 21. Ustawa niniejsza wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

UWAGA: Numeracja wedle projektu rządowego.

Uzasadnienia poprawek P. Z. Przeciwgruźliczego.

Art. 1 · Pkt. 1.

Uzasadnienie:

Również niebezpieczną dla otoczenia jest gruźlica krtani, jamy ustnej, gruźlica nerek, jelit. Powszechnie podnoszona jest również konieczność regestracji gruźlicy skóry (wilka) oraz gruźlicy chirurgicznej.

Dodać jako pkt. 4.

Uzasadnienie:

Dla całokształtu walki z gruźlicą w ustawie o zwalczaniu gruźlicy takie postanowienie jest konieczne, tym bardziej, że nie spowoduje ono żadnego obciążenia nowego, gdyż zgłaszanie zwierząt chorych na gruźlicę i wszelkie, wynikające z tego konsekwencje, są przewidziane w rozporządzeniu Prezydenta R. P. z dnia 22· VIII. 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych.

Art. 2. Dodać jako pkt. 4.

Uzasadnienie:

Uzasadnienia nie wymaga.

Art. 3 Pkt.. 2.

Uzasadnienie:

Ponieważ przychodnia przeciwgruźlicza jest instytucją, przeznaczoną wyłącznie do zwalczania gruźlicy przez wykrywanie środowisk gruźliczych i otaczania się stałą opieką zapogawczą, więc przede wszystkim ona powinna być uprawniona do otrzymywania bezpośrednio od zgłaszających zawiadomień o chorych na gruźlicę.

Art. 3. Pkt. 3 zanumerować jako pkt. „4“. Jako pkt. 3 dodać nowe postanowienie.

Uzasadnienie:

Analogicznego postanowienia w projekcie rządowym nie ma. Celem regestracji jest z jednej strony zdobycie materiałów statystycznych o rozpowszechnianiu gruźlicy w kraju z drugiej strony — rozpoznanie możliwie wszystkich źródeł zakażenia dla umożliwienia zapobieganiu szerzeniu się choroby. Jednak regestracja ta nie obejmie wszystkich chorych, a tylko nieliczną w stosunku do całości garstkę leczących się u lekarzy lub trafiających do zakładów, obowiązanych do zgłaszania chorych na gruźlicę. Sama przeto regestracja leczących się chorych będzie środkiem mało skutecznym dla ustalenia liczby ogółu chorych na gruźlicę. Poza tym zgłaszanie według przepisów projektu rządowego spowoduje wielokrotność zgłaszania jednego i tego samego chorego, czego nie zawsze da się uniknąć. Nakaz prowadzenia regestru zgłoszonych przypadków oraz komunikowania ich przychodniom przeciwgruźliczym spowoduje wykrycie przez przychodnie dalszych przypadków z tego środowiska gruźliczego i pozwoli zidentyfikować zgłoszenie powtórne tych samych przypadków. Pozwoli to również przychodni przeciwgruźliczej opanować dokładniej wszystkie środowiska gruźlicze w terenie swego działania.

Jako art. 4 umieścić w ustawie postanowienia:

Uzasadnienie:

Gruźlica szerzy ogromne spustoszenie wśród niemowląt i u dzieci w pierwszym roku życia; u dzieci w wieku szkolnym zakażenie gruźlicą znacznie przekracza 50% ich liczby, przy tym zagruźliczenie dzieci wiejskich jest większe niż mieszkańców miast. Duże jest też rozpowszechnienie gruźlicy w wieku pokwitania. Wśród młodzieży akademickiej liczba osób ze zmianami gruźliczymi przekracza 20% ogółu, dochodząc w niektórych środowiskach do 30%.

Wpływ dysgeniczny gruźlicy rodziców w postaci słabej budowy ciała odbija sią na wartości rekruta. Rekruci o słabej budowie ciała rocznika 1909 tylko w jednym D.O.K. nie przekroczyli 15%, w dwóch liczba ich stanowiła 19%, w reszcie D.O.K. przekroczyła 20%, dochodząc w jednym z nich do 38%

ogółu poborowych. Zmiany gruźlicze dla roczników rekruckich 1906—1909 były w progresji od 9,2% — 10,7%, przy tym dla D.O.K. III., w którego skład wchodzi województwo Wileńskie, część województwa Białostockiego i województwa Nowogródzkiego, wynosiła średnio za okres 1907—1909 — 20,4%, co oznacza, że u co piątego poborowego stwierdzono w mniejszym lub większym stopniu zmiany gruźlicze. Liczba poborowych ze zmianami gruźliczymi w omawianych czterech rocznikach rekruta przekroczyła dla całego terenu Rzeczypospolitej 10% ogólnej liczby poborowych. Trzyletnie badania rekrutów powiatu Warszawskiego za pomocą prześwietleń renegenowskich wykazały wśród nich 16,4% obarczonych różnymi zmianami gruźliczymi. Liczba zgonów z gruźlicy i z chorób narządu oddechowego w wojsku w latach 1922—1931 była większa, niż ze wszystkich chorób zakaźnych i niezakaźnych razem wziętych. W latach 1928—1930 najczęstszymi przyczynami odrzucania rekruta były wzajemnie uzupełniające się: niedorozwój fizyczny, gruźlica i inne choroby płuc. Badania inwalidów wojskowych z okresu powojennego na terenie tylko 17 powiatów Wielkopolski wykazały, że gruźlica jest przyczyną inwalidztwa w 75% przypadków.

W ustawie przeciwgruźliczej muszą się znajdować: zakaz zatrudniania w pewnych zawodach osób chorych na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia i przepisy, zapewniające ochronę dziecka przed zakażeniem.

Zakazy zatrudniania osób chorych na gruźlicę znajdują się już w rozporządzeniach Ministerstwa Opieki Społecznej co do hoteli, pensjonatów, zakładów kąpielowych, zakładów fryzjerskich, o obrocie mięsem, mlekiem, produktami mącznymi, o badaniu kobiet karmiących obce niemowlęta; w rozporządzeniu Ministra Przemysłu i Handlu, dotyczącym załogi handlowych statków morskich; w rozporządzeniach Min. W. R. i O. P. o seminariach nauczycielskich, o kwalifikowaniu na etatowe stanowiska rządowe nauczycieli, o wydzielaniu spośród uczniów dzieci podejrzanych i chorych na gruźlicę; w rozporządzeniu Ministerstwa Sprawiedliwości w sprawie izolacji chorych na gruźlicę więźniów; w przepisach o poborze rekruta, a także w szeregu innych rozporządzeń rozmaitych Ministerstw z różnych lat.

Wszystkie te rozporządzenia znajdują swój wyraz w proponowanym art. 4.

Jako Art. 5 umieścić:

U z a s a d n i e n i e:

Ponieważ gruźlica jako choroba ciężka i przewlekła wymaga długiego leczenia, przeto w przypadkach, kiedy zachorowanie nastąpiło niewątpliwie w czasie i wskutek pełnienia czynności służbowych, słuszne jest, aby zaliczyć ją i traktować na równi z nieszczęśliwym wypadkiem, zaszłym w ana-

logicznych okolicznościach. W wielu przypadkach pozwoli to, kładowemu, na przywrócenie zdolności do pracy. Nieobciąża- dzięki nie ograniczonemu do krótkich terminów leczeniu za- nie chorego kosztami leczenia nie zmusi go do czynienia oszczędności na kosztach utrzymania i odżywiania siebie i swojej rodziny.

U z a s a d n i e n i e:

Według nowoczesnych poglądów gruźlica jest chorobą epidemiczną, za czym przemawia jej rozpowszechnienie. Liczba zgonów w niej jest większa kilkakrotnie od liczby zgonów z wszystkich innych chorób zakaźnych razem wziętych. Cierpienie osobnicze trwa lata, a cykl epidemii rozkłada się na stulecia. Flatzeck - Hofbauer krótko określa: „Panowanie gruźlicy w poszczególnych krajach jest epidemią, tak jak były nią pochody cholery, moru i tyfusu brzusznego... Różnica polega na tempie i rytmie“. Dlatego słuszne jest zastosowanie do gruźlicy ustępu c) pkt. 2 art. 9 ustawy emerytalnej.

UWAGA. Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych w art. 15 pkt. 1 przyznaje prawo do odszkodowania lub zaopatrzenia od Państwa osobom, które zaraziły się jedną z tam wymienionych chorób przy wykonywaniu czynności służbowych w akcji zwalczania chorób zakaźnych. W razie śmierci takiej osoby artykuł ten ustanawia zaopatrzenie dla rodziny. Przepisy te w chwili obecnej obejmują i gruźlicę, ponieważ jest ona wymieniona w wykazie chorób zakaźnych, podlegających zwalczaniu w/g przepisów tej ustawy.

Art. 4 projektu rządowego umieścić jako Art. 6 w brzmieniu:

U z a s a d n i e n i e:

Ustawa przeciwgruźlicza ma za zadanie między innymi — wprowadzić ustawowy obowiązek zapobiegania szerzeniu zakażenia gruźliczego przez siewców zakażenia czy to przez izolację, czy to przez leczenie, czy wreszcie, przez otaczanie środowisk gruźliczych zapobiegawczą opieką poradni.

Przepisy o przymusowym odosobnianiu chorych w zakładzie leczniczym z powodu innych chorób zakaźnych są w ustawie z dn. 21/2 1935 o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu, której art. 9 i 10 pkt 3 odnoszą się również do gruźlicy.

W praktyce niejednokrotnie zachodzi konieczność odosobnienia w zakładzie i w stosunku do chorego na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia, a w/g projektu rządowego nie będzie ustawowej możliwości przeprowadzenia tego. Dotyczy to również i otoczenia środowiska gruźliczego opieką przychodni przeciwgruźliczej dla dokonywania chociażby pod przymusem, wszelkich badań i czynności, potrzebnych

dla ustalenia źródeł pochodzenia choroby i dróg szerzenia się jej. Podobne co do sensu postanowienia znajdują się w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych (art. 7), obowiązujące obecnie i w stosunku do gruźlicy.

Art. 5 projektu rządowego umieścić jako Art. 6, pkt. (2) dodając słowa:

Uzasadnienie:

Ponieważ umieszczanie przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia na oddziałach chorób wewnętrznych, a nawet na nieodpowiednio urządzonych oddziałach dla chorób zakaźnych, nie powinno być dopuszczalne.

Dodać pkt. (3)

Uzasadnienie:

Intencja pkt. 3 uzasadnienia nie wymaga. Pomoc materialną świadczyć będzie Główny Komitet Walki z Gruźlicą z sum przeznaczonych mu na te cele w myśl art. 11 poprawek z budżetu państwowego wspólnie z samorządem, który z tytułu opieki społecznej w takich wypadkach świadczenia te ponosić powinien, oraz wspólnie z właściwymi instytucjami ubezpieczeń społecznych, które ustawowo są obowiązane do wypłacania zasiłku szpitalnego.

Dodać pkt. (4)

Uzasadnienie:

Konieczne jest miarodajne ustalenie, którzy z członków rodziny i do jakiego wieku będą uprawnieni do korzystania z dobrodziejstw tego postanowienia oraz — wysokości zasiłku, zależnej od miejscowości i dzielnicy, tak jak to precyzują przepisy o ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa i ustawa o zaopatrzeniu inwalidzkim.

Jako Art. 7 wprowadzić treść zmienioną:

Uzasadnienie:

Dla planowania, budżetowania i dla statystyki konieczne jest ustawowe skonkretyzowanie określenia zakładu lub oddziału szpitalnego specjalnego, przeznaczonego wyłącznie dla leczenia lub zapobiegania gruźlicy.

Punkt (2)

Uzasadnienie:

Dla podniesienia poziomu instytucyj przeciwgruźliczych konieczne jest należycie urządzone i prowadzone spośród istniejących wyróżniać przez nadawanie im charakteru zakładów publicznych.

Punkt (3).
Punkt (4).
Uzasadnienie:

W części B uzasadnienia do projektu rządowego podana jest wielka doniosłość roli poradni, nie znalazło to jednak odpowiedniego wyrazu w ustawie. Ze względu na bardzo nierównomierne traktowanie poradni w rozmaitych okolicach kraju i nie przez wszystkie czynniki administracyjne jednakowe docenianie jej znaczenia, ustawowe określenie stanowiska i roli przychodni jest konieczne.

Art. 6 projektu rządowego przenieść na miejsce 8, nadając mu brzmienie:
Uzasadnienie:

Obecne zaopatrzenie kraju w instytucje i zakłady, służące do wykrywania, zapobiegania i leczenia gruźlicy, jest niedostateczne. W porównaniu z innymi krajami zachodnioeuropejskimi Polska zajmuje w tym zakresie jedno z ostatnich miejsc. Odgrywające pierwszorzędną rolę w wykrywaniu gruźlicy poradnie przeciwgruźlicze są w Polsce nie tylko niedostatecznie liczne, ale w większości swej są źle wyposażone technicznie i personalnie. Spośród ca. 500 poradni przeciwgruźliczych w r. 1937 tylko 80 mogło posługiwać się przy badaniach rentgenem, ca. 50% poradni nie rozporządzało własnym mikroskopem. Wskutek tego działalność rozpoznawcza poradni przeciwgruźliczych nie stoi na dostatecznym poziomie. 80% poradni przeciwgruźliczych znajduje się w t.zw. ośrodkach zdrowia, w których na jeden dział pracy w roku 1935 przypadało 0,52 lekarza i 0,36 higienistki. Wskutek tego przepuszczalność poradni przeciwgruźliczych jest również nieduża, a z powodu braku środków lokomocji i rozmieszczenia poradni przeważnie w miastach, zasięg ich w głąb terenu wiejskiego jest niewielki. Z tych powodów dziś istniejące poradnie przeciwgruźlicze są w stanie objąć swoją opieką zaledwie poniżej 10% ogółu chorych na gruźlicę, ale i ta opieka jest niewielkiej wartości.

Przyjęta na zachodzie liczba miejsc w zakładach dla gruźlicy — 1 łóżko na 1 zgon — jest u nas kwestią bardzo dalekiej przyszłości, albowiem liczba miejsc dla gruźlicy w szpitalach z 3000 w roku 1927 wzrosła w r. 1937 tylko do 3588, a w sanatoriach z 2297 do 5473, stanowiąc razem 9061 miejsc w zakładach zamkniętych dla leczenia gruźlicy. Z tego powodu niepodobna należycie leczyć ani odosabniać, wciąż jeszcze niedostatecznie wykrywane przez poradnie przypadki gruźlicy. Znaczna większość łóżek szpitalnych znajduje się na oddziałach zakaźnych szpitali powszechnych, przeważnie w ogóle niedostatecznie urządzonych, a zupełnie nie przygotowanych do nowoczesnych metod leczenia gruźlicy. Skutkiem tego leczenie np. chirurgiczne gruźlicy płuc, które

w innych krajach zdobyło już trwałe miejsce, u nas znajduje się jeszcze w zalążku. 50—60 tysięcy chorych na gruźlicę kości oraz 20—30 tysięcy chorych na gruźlicę skóry pozostają prawie poza wszelką możliwością prowadzenia w Polsce systematycznego leczenia, bo nawet mogący się leczyć nie mają gdzie tego uskuteczniać, ponieważ tego rodzaju zakładów specjalnych jest w Polsce zaledwie kilka.

Powiększenie stanu arsenału przeciwgruźliczego ma na względzie art. 6 projektu rządowego, jednak w poszczególnych punktach tego artykułu są postanowienia niezgodne ze sobą; niektóre z nich są niezgodne z innymi artykułami tegoż projektu. Mianowicie: w pierwszej części artykułu powiedziane jest, że na gminach miejskich, liczących ponad 15.000 mieszkańców oraz na powiatowych związkach samorządowych ciąży obowiązek zakładania itd., a w punkcie 3 mówi się, że o obowiązku i czasie założenia przez związek samorządowy przychodni lub innego zakładu przeciwgruźliczego oraz (o obowiązku) posiadania łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla chorych gruźliczych w ramach planu orzeka Wojewoda. Powstaje wątpliwość, czy obowiązek ten dla samorządów powstaje na skutek wejścia w życie niniejszej ustawy, czy dopiero na skutek wydania odpowiedniego orzeczenia przez Wojewodę. Ta niejasność artykułu tego jeszcze się zwiększa, jeżeli do tych jego postanowień przytoczyć postanowienie, zawarte w punkcie 2, który nakazuje samorządom niezwłocznie (to zn. niezwłocznie po wejściu w życiu ustawy) podjąć starania, aby... posiadać potrzebną ilość łóżek szpitalnych. Art. 13 projektu rządowego nakazuje powiatowym i wojewódzkim władzom administracji ogólnej opracowywać trzyletnie plany walki z gruźlicą tzn. i wnioski w nich co do zakładania nowych zakładów przeciwgruźliczych i powiększania liczby łóżek w istniejących. Plany te na obszarze województwa w/g tegoż artykułu zatwierdza Wojewoda. Brzmienie jednak punktu 3 art. 6 wskazuje, że tak zatwierdzony plan nie jest wystarczający, bo o obowiązku i czasie założenia zakładu ma ponownie widocznie orzec Wojewoda, gdyż powiedziane jest w tym punkcie: „w ramach planu orzeka Wojewoda, kierując się względami itd.“.

Również nakaz pktu. 2 tego artykułu — podjęcie przez samorządy niezwłocznych starań, aby posiadać odpowiednią liczbę łóżek szpitalnych i innych dla gruźlicy nie jest zgodny z intencją artykułu 13. Wiadomo bowiem, że prawie żaden samorząd w Polsce nie posiada odpowiedniej liczby zakładów i łóżek dla gruźlicy, a więc wszystkie one w myśl punktu 2 art. 6 niezwłocznie podejmą starania dla zwiększenia miejsc i zakładów. Jeżeli zrozumią słowo „starania“ jako budowę

np. odpowiednich zakładów, to może powstać duże zamieszanie.

Poza tym w pkcie 2 art. 6 użyto zwrotu: „...są obowiązani bezwłocznie podjąć starania". „Podjęcie starań" może być interpretowane bardzo dowolnie i może ograniczyć się do zupełnie błahych czynności, które zadość uczynią wymaganiom litery prawa, ale nie spowodują powiększenia liczby zakładów lub łóżek zakładowych.

Z tych powodów, zdaniem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, art. 6 projektu rządowego powinien być przeredagowany.

W proponowanej przez Polski Związek Przeciwgruźliczy redakcji przeprowadzone są wypowiedziane wielokrotnie przez liczne zjazdy naukowe i działaczy dezyderaty najściślejszej współpracy w dziedzinie zwalczania gruźlicy. Ze względu na wielkość wydatków oraz na konieczność utrzymania ciągłości działania i łeczenia, jak najściślejsza współpraca zarówno w wykonywaniu czynności jak i w ponoszeniu ciężarów finansowych jest niezbędna. Ta zasada w poprawionej redakcji tego artykułu jest możliwie zbliżona do brzmienia projektu rządowego z pominięciem tylko ustępów, które powodowały niejasności lub niezgodności poprzednio wymienione.

Art. 7 projektu rządowego w zmienionej redakcji umieścić jako Art. 9.

Uzasadnienie:

Artykuł ten jest logicznym rozwinięciem poprzedniego. Odmiennie niż to czyni artykuł 7 projektu rządowego, pozostawiający przyszłym rozporządzeniom Ministra Opieki Społecznej określenie zasadniczych obowiązków osób prawnych, wymienionych w art. 6, proponowany art. 9 poprawek Polskiego Związku Przeciwgruźliczego konkretnie ustanawia obowiązek tych osób uwzględniania przy budżetowaniu potrzeb finansowych akcji zwalczania gruźlicy.

Art. 8 projektu rządowego umieścić jako Art. 10, przy czym dodać słowa:

W pkt. (2) dodać...

Uzasadnienie:

Poprawki w obu punktach tego artykułu są konsekwentnym przeprowadzenie zasady współpracy finansowej wszystkich czynników, wymienionych w art. 8, pkt. (1) i w art. 15.

Art. 9 projektu rządowego wchodzi w skład Art. 11 poprawek, jako pkt. (2) w zmienionej redakcji. Cały Art. 11 brzmi...

U z a s a d n i e n i e:

Z powodu niedostatecznych funduszów na zwalczanie gruźlicy zarówno w budżetach samorządów, jak i w budżecie Państwowym, powiększanie liczby zakładów przeciwgruźliczych jest u nas zbyt powolne w stosunku do rzeczywistych potrzeb kraju, co uniemożliwia właściwe leczenie ludności, przede wszystkim niezamożnej, jak również prowadzenie racjonalnego zwalczania gruźlicy.

Fundusze asygnowane na walkę z gruźlicą są w Polsce, tak jak i cała akcja, rozdrobnione w budżetach różnych instytucyj w rozmaitych pozycjach na świadczenia zdrowotne. Nie kontroluje ich żadna centralna instytucja ani co do wysokości, ani pod względem celowości i racjonalności zużytkowania. Tylko w budżecie Ministerstwa Opieki Społecznej sumy, asygnowane przez Skarb Państwa, nie przekraczające zresztą 1 miliona złotych rocznie, były, a w budżecie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych są wyraźnie przeznaczone na działalność przeciwgruźliczą. Szacunkowe obliczenie wydatków całorocznych na zwalczanie gruźlicy wszystkich instytucyj wraz z Rządem, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i samorządami pozwala ustalić wysokość ich obecnie co najmniej na 50 milionów złotych. W tym jednak wysiłek Skarbu Państwa obliczony w stosunku do całości budżetu Państwowego nie przekracza 1/3800 części jego, co w stosunku do krajów zachodnio-europejskich jest niedużym wysiłkiem Skarbu.

Zdaniem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego cały ciężar finansowy akcji przeciwgruźliczej należy odpowiednio rozłożyć pomiędzy Skarb Państwa, samorządy, ubezpieczenia społeczne i wszystkie inne osoby prawne, mające obowiązek uczestniczenia w zwalczaniu gruźlicy. Jako wyraz tego udziału budżet Państwowy i budżety wymienionych instytucyj powinny zawierać pozycje w należytej wysokości, specjalnie przeznaczone na walkę z gruźlicą. Wszystkie fundusze, niezależnie od tego, w czyich budżetach będą asygnowane na walkę z gruźlicą, powinny się znajdować w ewidencji instytucji centralnej, prowadzącej akcję zwalczania gruźlicy, i powinny być wydatkowane tylko według zatwierdzonego planu.

Zapowiedź art. 9 rządowego projektu dotychczasowego stanu rzeczy nie poprawi i spowoduje raczej odkładanie wykonania zadań wynikających z ustawy dla rozmaitych osób prawnych.

Według proponowanej poprawki Polskiego Związku Przeciwgruźliczego wszystkie subwencje państwowe powinny być przewidziane w planie zwalczania gruźlicy dla całego Państwa, zatwierdzanym przez Ministra Opieki Społecznej. W ten sposób będą one w ścisłej zależności od możliwości finansowych Skarbu i będą corocznym wydatkiem pla-

nowym, pozwalającym na utrzymanie ciągłości i konsekwentne rozwijanie działalności przeciwgruźliczej.

U W A G A:

Artykuły 17 i 18 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych z dn. 21 lutego 1935 r. nakładają na samorządy obowiązek otwierania i prowadzenia dla chorych zakaźnych (a w i ę c i d l a g r u ź l i c y) oddziałów szpitalnych, zakładów i urządzeń sanitarnych, niezbędnych do walki z chorobami zakaźnymi. Jeżeli zakłady i urządzenia takie liczbowo odpowiadają tylko potrzebom miejscowym, to koszty zarówno otwierania, jak i utrzymywania oraz koszty leczenia, w zakresie ustalonym ustawą, niezamożnych chorych, posiadających prawo do bezpłatnej pomocy leczniczej, według tej ustawy ponosi właściwy samorząd. Punkt 2 art. 17 wyraźnie zaznacza, że jeżeli takie zakłady i urządzenia zostały utworzone na żądanie władz administracji ogólnej w zakresie przekraczającym potrzeby miejscowe, tz., że z nich mogłyby korzystać również i sąsiednie samorządy, wówczas związek samorządowy ma prawo domagać się od Skarbu Państwa zwrotu co najmniej połowy kosztów założenia tych instytucyj.

Art. 10 projektu rządowego wchodzi w artykuł 12 poprawek w brzmieniu zmienionym:

U z a s a d n i e n i e:

Wobec przymusowej reglamentacji osób chorych na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia zajdzie niejednokrotnie konieczność udzielania osobom niezamożnym świadczeń leczniczych bezpłatnie. W przeciwnym bowiem razie sama regestracja żadnych wyników w zwalczaniu gruźlicy dać nie może, a nawet może spowodować uchylanie się chorych od leczenia, ponieważ niejednokrotnie reglamentacja może spowodować utratę zatrudnienia. Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z dnia 21 lutego 1935 r. w całym szeregu artykułów przyznaje chorym dość znaczne dobrodziejstwa (art. 12 pkt. 4 i 5, art. 13 pkt. 1, art. 15 pkt 1, art. 16). Wobec tego ustawa o zwalczaniu gruźlicy, jeżeli ma ona akcję zwalczania gruźlicy rozwinąć szerzej, nie może być w tym zakresie węższą.

Art. 11 projektu rządowego umieścić jako art. 13 ze zmianą redakcji p-ktu (1):

Art. 12 projektu rządowego umieścić jako Art. 14, dodać w punkcie (1) słowa:

w pkcie (2) koniec skreślić.

U z a s a d n i e n i e:

Wynika z treści art. 14 poprawek.

Art. 13 projektu rządowego umieścić jako Art. 16 w nowej redakcji.

U z a s a d n i e n i e:

Wynika z treści art. 14 poprawek.

Art. 14 całkowicie przeredagować i umieścić jako Art. 15.
punkt (1)
punkt (2)

UWAGA: Funkcje przewodniczącego, jego zastępcy oraz skarbnika Oddziałów Wojewódzkich i Powiatowych Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą nie mogą być pełnione przez przedstawicieli władzy administracji ogólnej.

Uzasadnienie:

W Polsce dotychczas oficjalnie ustalonego programu inwestycji zakładów przeciwgruźliczych ani skoordynowanego planu prowadzenia zwalczania gruźlicy nie ma. Akcja przeciwgruźlicza jest rozdrobniona pomiędzy instytucje rządowe, samorządowe, ubezpieczeniowe i społeczne. Prowadzi się ją niejednolicie, według osobistych zapatrywań i doświadczenia praktycznego kierownictwa wymienionych instytucyj. Również rządowa akcja zwalczania gruźlicy nie jest scentralizowana w jednej instytucji. I tak w Ministerstwie Opieki Społecznej Departament Służby Zdrowia za pomocą jednoosobowego referatu reguluje akcję przeciwgruźliczą na terenie działania Państwowej Służby Zdrowia; Departament Ubezpieczeń Społecznych w tymże Ministerstwie przy pomocy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nadaje kierunek walce z gruźlicą w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Inne Ministerstwa, bezreferatowo i nie specyfikując agend przeciwgruźliczych jako specjalne, prowadzą akcję zwalczania gruźlicy rozmaicie: Ministerstwo Spraw Wojskowych, Departament Zdrowia — wśród wojska; Ministerstwo W. R. i O. P. — wśród nauczycielstwa i młodzieży szkolnej; Ministerstwo Sprawiedliwości — w więziennictwie; Ministerstwo Komunikacji — na terenie urządzeń kolejowych i wśród podległego mu personelu; Ministerstwo Poczt i Telegrafów patronuje akcji prowadzonej w tym zakresie przez Związek pracowników tego resortu; Ministerstwo Przemysłu i Handlu — w przemyśle i w marynarce handlowej; Ministerstwo Rolnictwa i Reform Rolnych prowadzi zwalczanie gruźlicy wśród zwierząt.

Większość wymienionych urzędów reguluje te sprawy własną kompetencją, nie zawsze uciekając się do międzyministerialnych uzgodnień, jeżeli akcja nie przekracza zakresu danego resortu.

Samorządową akcję przeciwgruźliczą prowadzi każdy samorząd zależnie od stopnia zrozumienia potrzeby rozwiązania tego zagadnienia i od doświadczenia praktycznego oraz autorytetu każdorazowych kierowników samorządowych Wydziałów Zdrowia. Dysproporcję zarówno co do rozpiętości, celowości, jak i kosztowności działalności w tym zakresie samorządów są niekiedy paradoksalnie wielkie.

Społeczną akcję przeciwgruźliczą obok Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i należących doń towarzystw przeciwgruźliczych prowadzą liczne najrozmaitsze organizacje centralne ze swoimi oddziałami prowincjonalnymi. Są to: Polski Czerwony Krzyż, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Związek Nauczycielstwa Polskiego, Komisja Opieki Lekarskiej Towarzystwa Przyjaciół Młodzieży Akademickiej, Związek Harcerstwa Polskiego, Związek Pracowników Poczt, Telegrafów i Telefonów, Rodzina Kolejowa, Stowarzyszenie „Policyjny Dom Zdrowia“, Związek Katolicki „Caritas“, Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności żydowskiej „TOZ“, i inne organizacje zarówno polskie, jak ukraińskie i żydowskie.

Zdaniem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego zasady całokształtu funkcjonowania organizacji zwalczania gruźlicy w kraju powinny się znaleźć w niniejszej ustawie przeciwgruźliczej i objąć wszechstronnie cały bieg walki z gruźlicą oraz organizację i kompetencje oficjalnego organu wykonawczego, t.j. Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą, w którego skład powinni wejść przedstawiciele Rządu, sfer naukowo-lekarskich, samorządowych i organizacyj społecznych. Przyszły oficjalny organ wykonawczy, t.j. w myśl poprawek Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Główny Komitet Walki z Gruźlicą powinien być wyposażony w odpowiednie kompetencje i środki finansowe. Organ ten powinien zjednoczyć i skoordynować dotychczas rozproszone wysiłki wszystkich osób prawnych, walczących z gruźlicą w Polsce. Organizacja jego powinna być trzystopniowa: Główny Komitet, Oddziały Wojewódzkie i Oddziały Powiatowe. Nadzór nad działalnością Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą i jego Oddziałów powinien być pozostawiony władzom państwowym.

Tym wszystkim dezyderatom czyni zadość artykuł 15 poprawek Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Art. 14 projektu rządowego w brzmieniu redakcji Polskiego Związku Przeciwgruźliczego umieścić jako Art. 16:

Uzasadnienie:

Zmiany, wprowadzone do artykułu 14 projektu rządowego, wynikają z zasadniczo odmiennego rozwiązania zagadnienia, podane w poprzednim artykule niniejszych poprawek.

Art. 15 projektu rządowego umieścić jako Art. 17. Poza tym w punkcie 2 zmienić

Art. 16 projektu rządowego umieścić jako Art. 18. Poza tym zmienić

Art. 17 — jako Art. 19.
Art. 18 — jako Art. 20.
Art. 19 — jako Art. 21.

Dr med. D. ZIER
st. asyst. T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie.

Rola Poradni w walce z gruźlicą.

(Ciąg dalszy.)

Poradnia powinna określić dokładnie (Paradistal):
1) postać kliniczną gruźlicy, lub przyczynę dla której pacjent pozostaje w opiece poradni,
2) zmiany rozwojowe w gruźlicy płuc,
3) możliwość i celowość umieszczenia chorego w zakładzie leczniczym,
4) w każdym wypadku zaraźliwym lub niezaraźliwym ustalić wskazania higieny osobistej i rodzinnej.

Wszechstronne badania muszą więc w poradni być przeprowadzone obok badania fizykalnego, badania roentgenowskie, odczyny tuberkulinowe, szybkość opadania czerwonych ciałek krwi, badanie mikroskopowe plwociny. Przeprowadzenie tych badań w poradni przeciwgruźliczej jest w rozpoznaniu gruźlicy niieodzownym.

Opadanie czerwonych ciałek krwi, jest zwłaszcza w rokowaniu spraw chorobowych przy gruźlicy płuc — bardzo ważnym wskaźnikiem i powinno również w każdym przypadku być przeprowadzone.

Frisch i Starlinger są zdania, że przy prawidłowym opadaniu czerwonych ciałek krwi nie może istnieć czynna postać gruźlicy płuc. Brümel, Gross, Ulrici i Wucken chcą nawet, aby w poradni i badania cytologiczne krwi dla diagnostyki gruźlicy zostały wprowadzone.

Szereg poradni w wielu krajach korzysta z pomocy pracowni analityczno-chemicznych, które istnieją przy poradniach, gdzie wszelkie próby biologiczne i chemiczne są wykonywane.

Obok tych metod badania klinicznego wielki nacisk w poradni powinno się kłaść na wywiad, który w wielu wypadkach może nam wykryć źródło zakażenia pacjenta (Redeker, Pusban, Baer).

Rozpoznanie gruźlicy w poradni zależne jest od techniki badania. To też jedynie poradnia wyposażona w wszelkie środki techniczne, oraz dobry personel lekarski i pielęgnarski może swe zadanie w zwalczaniu gruźlicy jako choroby społecznej w dostatecznej mierze spełnić. Technika badania w poradni przeciwgruźliczej Leon Bourgeois w Paryżu (Rist) jest przeprowadzana wedle następujących tez:

1) Każdy chory zgłaszający się do poradni otrzymuje kartę, dokładnie prowadzoną. Każda następna porada jest w karcie szczegółowo zapisywana.

2) Każdy chory bez wyjątku jest badany roentgenoskopowo przez tego samego lekarza, który badał go klinicznie.

3) Plwocina każdego chorego odpluwającego jest badana

kilkakrotnie. Używane są metody najczulsze, a w razie konieczności próby biologiczne (również na świnkach morskich).

4) Każdemu choremu, który nie odpluwa, a u którego stwierdzono zmiany w płucach, podaje się środki wykrztuśne — by wywołać odpluwanie; jeżeli plwocinę połyka, stosuje się zgłębnikowanie żołądka na czczo.

Wedle Sterlinga, rozpoznanie w poradni przeciwgruźliczej powinno być bardzo ścisłe i nie zbyt pochopne, błąd rozpoznawczy — nierozpoznanie gruźlicy czynnej pociąga za sobą bardzo ciężkie następstwa, z drugiej zaś strony uznanie badanego za chorego na gruźlicę, przy chorobie nie istniejącej — może badanego narazić na wielkie straty moralne i materialne.

Jeżeli chodzi o klasyfikację gruźlicy w poradni, to w różnych krajach stosowane są różne metody klasyfikowania gruźlicy. W poradniach w Polsce w większości stosowana jest klasyfikacja wedle Seweryna Sterlinga, oraz Wilhelma Neumanna. W Niemczech w niektórych poradniach klasyfikuje się chorych wedle metody Turban—Gerhardta, we Francji dla celów poradnianych wprowadzono specjalną klasyfikację t. zw. rozpoznanie przepisowe (diagnostics reglementaires), do których wprowadzono specjalne uwagi natury społecznej — jak n. p. gruźlica w zetknięciu wynikająca ze wspólnego mieszkania (en contact de cohabitation). Do tej kategorii zaliczają autorzy francuscy chorych nie mających wyraźnych klinicznie zmian gruźliczych, a którzy mieszkają wspólnie z chorym na otwartą gruźlicę płuc.

Wedle Küssa — takie rozpoznanie społeczno-lekarskie jest bardzo konieczne, jako odpowiadające współczesnym danym o patogenezie gruźlicy płuc. Każdy chory zgłaszający się do poradni jest rejestrowany w karcie. Doświadczenie szeregu lat wytworzyło pewien system znakowania poszczególnych zmian chorobowych, oraz prowadzenia tego rodzaju kart rejestracyjnych.

Karty te zaopatrzone w poszczególne rubryki obok pytań ściśle klinicznych, zawierają szeroko opracowany schemat wywiadu społecznego — który, zwłaszcza w gruźlicy w związku z badaniem zapobiegawczym poradni — ściśle jest wypełniany.

Obecnie w szeregu krajach prowadzone są karty rejestracyjne — wedle schematu zaprowadzonego w poradniach francuskich, oraz Ameryki.

Wywiad w poradni przeprowadza pielęgniarka, który następnie kontrolowany jest przez lekarza. (Francja, Niemcy, Ameryka, Polska i t. d.).

Chorzy, u których stwierdza się otwartą gruźlicę wymagają natychmiastowej opieki. Z rozpoznaniem otwartej gruźlicy zakaźnej, opiece podlega nie tylko chory, ale środowisko i jego otoczenie (Sterling). Tu zaczyna się rola zapobiegawcza w stosunku do otoczenia. To też rozpoznanie w poradni po-

winno być po przeprowadzeniu dokładnych badań — jak najwcześniej postawione (P o p o w s k i, S t e r l i n g). O ile rozpoznanie nasuwa pewne trudności powinien pacjent pozostać w ewidencji poradni i obserwacji.

P a r a d i s t a l podaje, że czasokres pozostawania pacjenta w obserwacji poradni nie powinien przekraczać dwu miesięcy. B r i a n d uważa, że po ustaleniu rozpoznania, chorzy nie tknięci gruźlicą powinni być możliwie szybko wypisani, by uniknąć przeciążenia poradni przez napływ tego rodzaju przypadków, z drugiej jednak strony należy dołączyć starań, aby przypadki wątpliwe wcześnie wyjaśnić, unikając wyznaczania wizyt do nieskończoności. B r i a n d chce też, aby dla przypadków będących w obserwacji przeznaczona była pewna liczba łóżek oberwacyjnych w szpitalach. Łóżka te stojące do dyspozycji poradni są przeznaczone:

1) dla chorych, których rozpoznanie gruźlicy jest wątpliwe,
2) dla przypadków o ostrym przebiegu choroby,
3) dla tych chorych na gruźlicę, co do których należy rozstrzygnąć, czy konieczne jest leczenie szpitalne, wzgl. czy należy ich skierować do sanatorium.

W nielicznych poradniach są przy poradniach urządzone tego rodzaju pokoje obserwacyjne z łóżkami dla pacjentów.

W systemie edynburskim podkreśloną została konieczność ścisłej współpracy poradni ze szpitalami, względnie sanatorium. Ta współpraca, także w dziedzinie dokładnego rozpoznania choroby jest niezbędna.

Jeżeli zaś przychodnia wraz z zakładem, z którym współpracuje jest pod jednym kierownictwem, to tego rodzaju współpraca daje wedle szeregu autorów najlepsze rezultaty (U l r i c i, B a l l i n, K a y s e r-P e t e r s e n).

Specjalną opieką poradni otoczone są dzieci. Wczesne rozpoznanie gruźlicy u dzieci posiada duże znaczenie społeczne ze względu na zapobieganie i leczenie. Rozpoznanie u dzieci wymaga dłuższej obserwacji, dokładnych badań klinicznych oraz prób biologicznych.

W wielu wypadkach stwierdzenia gruźlicy u dzieci poradnia znajduje źródła zakażenia.

Obraz kliniczny gruźlicy dziecięcej jest bardzo różnorodny, to też obserwacja dzieci w poradni jest dłuższa, aniżeli u dorosłych. Szczególnej opiece i obserwacji poradni podlegają dzieci rodziców prątkujących, oraz dzieci mające styczność z osobnikami chorymi.

Szereg autorów podkreśla konieczność ścisłej współpracy poradni przeciwgruźliczej z lekarzami szkolnymi celem wczesnego wyszukiwania i rozpoznania gruźlicy u dzieci szkolnych.

Jak już poprzednio zaznaczono, szkoła odgrywa w epidemiologii gruźlicy u dzieci wielką rolę. K a y s e r - P e t e r s e n, I c k e r t, G i l l a r d, a ostatnio w Polsce H o r n u n g podkreślają, że odsetek dodatnich odczynów tuberkulinowych u

dzieci w pewnych klasach zależny jest od tego czy w klasie wykładał chory na gruźlicę nauczyciel.

Autorzy holenderscy, którzy również w tym kierunku przeprowadzali badania — podkreślają fakt, że śród uczniów, zajmujących pierwsze rzędy ławek, odsetek odczynów dodatnich był znacznie wyższy. To też celem wyszukania wypadków gruźlicy śród dzieci koniecznem jest systematyczne badanie wszystkich dzieci szkolnych, przez wykonywanie odczynów tuberkulinowych, oraz prześwietlenia roentgenowskie. Lekarz szkolny — powinien, każde dziecko, u którego odczyn tuberkulinowy wypada dodatnio skierować do poradni, celem przeprowadzenia dokładnego badania.

W Londynie inspektor lekarski dla spraw gruźlicy przesyła lekarzom szkolnym specjalną kartę, zawierającą nazwisko, adres oraz nazwę szkoły, do której uczęszcza dziecko w wieku szkolnym, a będące w styczności ze zgłoszonymi w poradni przypadkami gruźlicy z zaznaczonymi uwagami klinicznymi. Dzieci te są w ten sposób polecone opiece lekarzy szkolnych, którzy obowiązani są okresowo przesyłać je do poradni celem kontroli.

Ta współpraca poradni z lekarzami szkolnymi jest już w szeregu krajach bardzo skrupulatnie i ściśle prowadzona, dając jak to szereg autorów podkreśla w wyszukiwaniu i rozpoznaniu gruźlicy u dzieci zadawalające rezultaty.

Dokładne badanie i rozpoznanie gruźlicy wymaga od lekarza poradnianego dobrego wyszkolenia, tak pod względem klinicznym, jak i społecznym.

Janiszewski podkreśla, że lekarz poradni musi być nie tylko dobrym klinicystą, ale też i higienistą. To też słusznie zaznacza Popowski i Padistal, że warunkiem wydajnej pracy poradni pod względem lekarsko-społecznym, jest personal, o wysokim poziomie fachowym, posiadający odpowiednią technikę pracy, a także specjalnie wyszkolony w sprawach poradni.

VII.

Poradnia — jako ośrodek opieki.

Z rozpoznaniem gruźlicy zaczyna się działalność opiekuńcza poradni nad osobnikiem chorym, oraz praca zapobiegawcza wśród otoczenia chorego. Naogół można pacjentów zgłaszających się do poradni, a wymagających opieki podzielić na:

1) chorych z otwartą gruźlicą płuc, wymagających natychmiastowego leczenia sanatoryjnego lub szpitalnego, wzgl. umieszczenia w zakładzie izolacyjnym,
2) chorych na gruźlicę włóknistą, o charakterze nieczynnym,

3) chorych — u których konieczna jest obserwacja, a wreszcie
4) opieka nad rodziną chorego i współmieszkańcami.

Ta klasyfikacja badanych — wymaga stosownie do wskazań R. Philipa podanych w jego systemie edynburskim, ścisłej współpracy poradni z sanatoriami, zakładami leczniczymi, oraz wszelkimi instytucjami prowadzącymi akcję przeciwgruźliczą i w tej współpracy poradnia, jak już poprzednio zaznaczono, odgrywa rolę instytucji centralnej. W szeregu krajach poradnia przeciwgruźlicza stwierdziwszy wypadek gruźlicy, ma różne prerogatywy, uregulowane też drogą ustawodawczą, które umożliwiają poradni natychmiastowe umieszczenie osobnika chorego na gruźlicę płuc w zakładzie leczniczym, względnie o ile to jest koniecznem izolowanie go w specjalnych zakładach.

Lekarz poradni przeciwgruźliczej ma za zadanie rozstrzygnąć w jakim kierunku ma być zastosowana opieka nad chorym. W każdym przypadku konieczna jest dokładna ocena tak ze stanowiska klinicznego, jak i społecznego (Rudzki, Węgrzynowski).

W licznych organizacjach przeciwgruźliczych w szeregu krajach i okręgach kwestia ta jest w ten sposób rozwiązana, że przychodnia przeciwgruźlicza oraz zakład leczniczy (sanatorium, szpital) znajdują się pod tym samym kierownictwem lekarskim i administracyjnym tak, że opieka nad chorymi na gruźlicę i leczenie jest jednolicie kontynuowana.

Przykładem takiej organizacji jest „centre hospitalier de tuberculeux" szpitala Laennec w Paryżu, gdzie pracuje doskonale zorganizowana dla specjalnej dzielnicy miasta przeznaczona poradnia wyposażona w laboratorium, oraz pracownię roentgenologiczną w połączeniu z oddziałem szpitalnym. W organizacji tej pracuje wyszkolony personel lekarski i pielęgnarski z lecznicami, domami dla dzieci, oraz „Ouevre—Grancher", a wszelkie zadania lekarsko-lecznicze, społeczno-hygieniczne w walce z z gruźlicą są dzięki tej współpracy doskonale rozwiązywane.

Kwalifikowanie chorych do sanatoriów i zakładów leczniczych powinno stale się odbywać, jak to szereg autorów podkreśla, za pośrednictwem poradni.

W każdym przypadku czynnej gruźlicy — koniecznem jest leczenie zakładowe, gdyż umieszczenie chorego w zakładzie jest najlepszym środkiem zapobiegawczym. Szereg lekarzy poradni przeciwgruźliczych stoi na stanowisku przymusowego oddzielania chorych na otwartą gruźlicę płuc od zdrowych (Deutsch, Krauser). Słusznie, też podnoszą Huppert i Gruszka, że jedynie przez odosobnienie chorego od zdrowych wyłączamy źródło zakażenia.

Przy kwalifikowaniu chorych do zakładów leczniczych należy wziąć pod uwagę, że chorzy u których stwierdza się nieznaczne zmiany w płucach o charakterze dobrotliwym do sanatoriów się nie nadają (Ernst). Wedle Braueninga 60—

70% chorych na gruźlicę zarejestrowanych w poradniach nie wymaga leczenia sanatoryjnego. Osobną grupę chorych stanowią chorzy o ciężkich zmianach w płucach, u których leczenie sanatoryjne nie rokuje żadnej poprawy.

W stosunku do tych chorych żądania ftizjologów idą w tym kierunku, aby tych chorych umieszczać w zakładach izolacyjnych i nie kierować do sanatoriów (Norwegia, Turyngia w Niemczech). Według Janiszewskiego, ani lekkie początkowe, ani bardzo ciężkie przypadki gruźlicy nie nadają się do leczenia sanatoryjnego.

Kwalifikowanie chorych gruźliczych do zakładów leczniczych jest sprawą pierwszorzędnego znaczenia, zarówno w stosunku do samych chorych jak i społeczeństwa (Rudzki). Niektórzy autorzy podnoszą, że nawet krótki pobyt pacjenta w sanatorium uczy zasad prawidłowej hygieny — i jest ze względów dydaktycznych wskazany, celem stosowania tychże po powrocie chorego do domu (Baer). Do umieszczenia w szpitalach na specjalnych oddziałach gruźliczych — nadają się wszystkie ostre przypadki gruźlicy, zwłaszcza te, które wymagają leczenia uciskowego (odma, przecięcie nerwu, i t. d.) oraz te przypadki co do których konieczną jest krótka obserwacja, celem ustalenia dokładnego rozpoznania i kierunku leczenia. Pozatem przebywać mogą na oddziałach szpitalnych przeznaczonych dla chorych na gruźlicę — ciężkie przypadki gruźlicy, które potem umieszczone powinne być w specjalnych zakładach izolacyjnych.

Bardzo ważną jest też opieka nad chorym po opuszczeniu zakładu leczniczego (sanatorium lub szpitala). Każdy zakład leczniczy powinien powiadomić poradnię, w której rejonie chory mieszka, o jego opuszczeniu.

Opieka pozasanatoryjna nad chorym należy do poradni. Chory po opuszczeniu lecznicy przedstawia jeszcze w większości przypadków źródło zakażenia — i wymaga dalszej opieki i obserwacji. Brieger uważa, że opieka pozakładowa w stosunku do chorego powinna być:

1) opieką lekarską (zabiegi, dopełnianie odm.),
2) opieką społeczną (zapewnienie choremu hygienicznych warunków mieszkania, odżywianie oraz zapewnienie choremu odpowiednich warunków oraz możliwości pracy).

Brieger jest zdania, że już w czasie pobytu w zakładzie chory powinien być odpowiednio przygotowany i przyzwyczajany do pracy pozakładowej.

Wedle Blanci opieka pozasanatoryjna powinna się opierać na następujących zasadach: chory skierowany do zakładu leczniczego przez poradnię przeciwgruźliczą, powinien skoro stan jego zdrowia na to pozwala, pracować w specjalnych warsztatach istniejących przy sanatoriach. Po opuszczeniu sanatorium chory pracuje w specjalnych warsztatach na peryferiach

miasta, które powinny pozostawać pod opieką poradni. W Anglii, takie osiedla pracownicze dla chorych na gruźlicę zostały stworzone, wedle Varier—Jonesa w pracowniczej osiedli w Papworth, która już istnieje od szeregu lat, gdzie chorzy na gruźlicę wykonują w odpowiednio dla nich dogodnych warunkach hygienicznych swój dawny zawód, jaki mieli przed zachorowaniem. W r. 1929 — mieszkało w tym osiedlu 200 chorych z swymi rodzinami, obecnie w osiedlu przebywa około 1.000 osób. Z klinicznego punktu widzenia ciekawym jest fakt, że dotąd w osiedlu Papworth — żadne z dzieci nie zachorowało na ostrą gruźlicę jak n. p. gruźlicze zapalenie opon mózgowych, mimo, że w osiedlu przebywa wiele osób z otwartą gruźlicą płuc.

Dowodzi to jak ważną jest opieka lekarska i prawidłowe stosowanie hygieny zapobiegawczej.

Podobne osiedla istnieją też w Ameryce, we Francji są osady wiejskie, gdzie chorzy na gruźlicę zajmują się ogrodnictwem, oraz hodowlą bydła; praca odbywa się naturalnie pod stałą kontrolą poradni. W r. 1932 na międzynarodowej konferencji dla walki z gruźlicą przyjęto rezolucję Vandrennera, że w każdym większym mieście należy stworzyć ośrodek pracy warsztatowej, w którym chorzy na gruźlicę mogliby pracować pod kierunkiem i nadzorem poradni. Stosownie do tych rezolucji w wielu krajach, zwłaszcza w ostatnich latach zależności od warunków lokalnych, stwarza się osiedla pracy dla chorych na gruźlicę. Los bowiem chorych na gruźlicę — zależy od opieki, pracy — oraz warunków hygienicznych, które choremu się stwarza.

Wedle zestawień poradni przeciwgruźliczej w Amsterdamie 41,4% opuszcza sanatorium jako zupełnie zdolni do pracy, zaś 33,4% opuszczających sanatorium wymaga dokładnej opieki pozasanatoryjnej.

Vos dzieli chorych opuszczających sanatorium na III grupy a to:

I. chorzy po odpowiednio długim leczeniu wracają do swych zajęć zawodowych jako zupełnie zdrowi,

II. chorzy zdolni do pracy jedynie w ograniczonym okresie:

a) chorzy wymagający jedynie czasowej opieki,

b) chorzy o trwale zmniejszonej zdolności do pracy (wymagają szczególnej opieki),

III. chorzy którzy się nie wyleczą i nie są zdolni zupełnie do pracy.

Stały nadzór poradni nad chorym opuszczającym sanatorium lub szpital jest w akcji przeciwgruźliczej jaką poradnia prowadzi koniecznym.

Chorzy podlegają przez dłuższy czas kilkakrotnym w ciągu roku oględzinom lekarskim. Poza tym opieka poradni — wy-

maga stałych odwiedzin wywiadowczyni w mieszkaniu chorego, aby poradnia przeciwgruźlicza znała dokładnie warunki rodzinne chorych w swym rejonie. Nadzór nad chorymi powinien być tak przeprowadzony, aby chorzy nie uchylali się od systematycznych badań, oraz aby zalecone stosowanie środków hygieny było przez chorego i jego otoczenie przestrzegane. Każdy chory zarejestrowany w poradni wymaga stałej kontroli poradni, a zwłaszcza ci u których stwierdzono zakaźność i złe warunki mieszkaniowe.

Flatzek jest zdania, że zmniejszenie się śmiertelności w gruźlicy, obok niewątpliwej działalności poradni przeciwgruźliczej zależy od poprawy bytu niższych warstw ludności.

Z tem łączy się kwestia mieszkaniowa i odpowiedniego odżywienia. Ale i w bardzo skromnych warunkach poradnia roztaczając opiekę nad rodziną chorego, uczy zasad hygieny — a przez swą działalność zapobiegawczą wywiera wpływ na zmniejszenie się zakaźności oraz śmiertelności na gruźlicę.

Geisler uważa, że właśnie nauczanie ludności zasad hygieny i podstawowych wiadomości o zakaźności gruźlicą powinno w walce z gruźlicą zająć dominujące miejsce. Poradnia obejmując opiekę nad rodziną chorego jest ppropagatorką hygieny. Przez swą pielęgniarkę, której praca jest podstawą działalności poradni i jej rozwoju, poradnia zapobiega gruźlicy na miejscu w mieszkaniu, poza tym wielkie znaczenie ma praca pielęgniarki w wykrywaniu gruźlicy,przez uświadomienie otoczenia o konieczności kontrolnego badania lekarskiego. Na każde 100 przypadków śmierci z powodu gruźlicy winno wedle Sapara przypada 5.000 odwiedzin domowych. W okręgu miejskim w ciągu roku pielęgniarka powinna wykonać około 2.000 wywiadów-wizyt.

Zwłaszcza dzieci z środowiska gruźliczego wymagają specjalnej opieki i kontroli. Dzieci i młodzież z rodzin gruźliczych powinne do 25 roku życia podlegać stałej kontroli poradni (Soper). W zapobieganiu zakażenia gruźliczego u dzieci, dąży poradnia w pierwszym rzędzie do izolowania chorego na gruźlicę; względnie stara się oddzielić dziecko od środowiska gruźliczego.

Dzieci ze środowisk gruźliczych jako narażone łatwiej na zakażenie wymagają opieki celem wzmożenia sił obronnych ustroju. Poradnia współpracując z różnymi instytucjami dąży do zapewnienia tym dzieciom lepszego odżywienia, umieszcza je w prewentoriach, półkolonjach, i specjalnych ochronkach, względnie umieszcza dzieci w zdrowych rodzinych zastępczych (Oeuvre—Grancher).

Leczenie zapobiegawcze stosować należy, wedle Rudzkiego, wśród dzieci i młodzieży, rzadziej u dorosłych, a to u:

1) nie mającej czynnej sprawy gruźliczej, wykluczonej na drodze dokładnego badania klinicznego i roentgenowskiego, lecz pochodzącej z rodziny gruźliczej, bądź przebywającej w środowisku gruźliczym,
2) wszystkie dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym, mimo nieobecności gruźlicy,
3) nie mający czynnej gruźlicy, ale wywiad wykazuje przebycie chorób u podłożu gruźliczym (zapalenie opłucnej i t. d.),
4) u chorych ze śladami przebytej gruźlicy, kości, stawów.

W akcji zapobiegawczej w walce z gruźlicą wśród dzieci poza ochroną dziecka przed zarażeniem (izolacja), wspomnieć należy o stosowaniu leczenia zapobiegawczego — o szczepieniach ochronnych za pomocą szczepionki B. C. G.

Sprawa nieszkodliwości szczepionki B. C. G. była przez szereg lat tematem dyskusji naukowych, między zwolennikami szczepienia i jej przeciwnikami, (ostatnio na Zjeździe Międzynarodowym w Oslo w r. 1930), ostatecznie zwycięża pogląd jej twórców Calmetta i Guerina o nieszkodliwości szczepień B. C. G. Statystyki o wynikach szczepienia — uwidaczniają dobry skutek szczepień Wallgren, Heynius von den Berg, Park, Prokopowicz, Wierzbowska, Zeyland i Piasecka-Zeyland. Autorowie niemieccy, którzy w większości stoją na stanowisku, że przy odpowiedniej akcji zapobiegawczo-hygienicznej odsetek umieralności niemowląt nieszczepionych, nie jest większy aniżeli u niemowląt szczepionych, — są zdania, że szczepienia B. C. G. nie są wskazane (Blümel).

Zeyland i Piasecka-Zeyland wyrażają się o stosowaniu szczepionek B. C. G. następująco: „im lepiej jest rozwinięta akcja hygieniczno-społeczna, im sprawniejsza działalność poradni przeciwgruźliczej, tem nie tylko lepsze są wyniki akcji zapobiegawczej, lecz także tem lepsze są wyniki akcji szczepiennej zapomocą B. C. G. Racjonalna akcja szczepienna potrzebuje pomocy poradni przeciwgruźliczych, znających możliwie wszystkie przypadki gruźlicy zaraźliwej w swoim terenie działalności. Wtedy dopiero można wiedzieć zawczasu, które dzieci przede wszystkim trzeba szczepić i które należy izolować przez pierwsze tygodnie. Szczepienia ochronne nie mają zastąpić, lecz mają uzupełnić czynność współczesnego arsenału przeciwgruźliczego hygieniczno-społecznego".

Szczepienia szczepionką B. C. G. znalazły obecnie zastosowanie w szeregu krajach, między innymi też w Polsce.

Opieka nad dziećmi i młodzieżą z rodziny chorego jest jednym z najistotniejszych zadań poradni, zwłaszcza w okresie zmniejszonej odporności na gruźlicę, poradnia musi dążyć do zmniejszenia liczby wtórnych zakażeń (Popowski). Ciągła opieka lekarsko-poradniana nad chorym ma zabezpieczyć przed zarażeniem otoczeniie chorego. Dzięki temu poradnia może

spełnić swe zadania społeczno-hygieniczne. Ciągle jeszcze jak to podkreśla szereg autorów w wielu krajach, nawet o wysokiej kulturze hygieny, wśród mas pokutuje brak świadomości o zaraźliwości i szerzeniu się gruźlicy.

W wielu poradniach spotyka się chorych na gruźlicę zupełnie nieświadomych i aspołecznie myślących, nie stosujących żadnych zasad hygieny w stosunku do swego otoczenia. To też jednym z zadań poradni jest nauczenie i wychowanie oraz uświadamianie chorych, że gruźlica jest chorobą uleczalną, która wymaga stosowania się do rad i wskazówek lekarza poradni, oraz pielęgniarki-wywiadowczyni. Poza tym przez samych chorych pozostających w opiece poradni, można, również wśród otoczenia wiele dla zapobiegawczej akcji przeciwgruźliczej zdziałać (V e r t e l).

VIII.
Poradnia i Przychodnia jako ośrodek leczniczy.

Jak już poprzednio zaznaczyliśmy sprawa leczenia w poradniach przeciwgruźliczych stała się w ostatnich latach w związku wprowadzeniem do lecznictwa gruźlicy terapii uciskowej bardzo aktualną. Poradnia — która poprzednio miała zadanie zapobiegawcze idące jedynie w kierunku wyszukiwania chorych rozpoznania i uświadomienia hygieny — rozszerza swój zakres działania w kierunku leczenia. Stosowanie na szeroką skalę odmy sztucznej, metody leczniczej, — której znaczenie zapobiegawczo-lecznicze, a tym samym społeczne zostało powszechnie uznane, zrobiły otwartą sprawę leczenia w poradniach. Liczne prace wykazały, że przez wczesne zastosowanie odmy sztucznej w niektórych wypadkach znaczny odsetek chorych uzyskuje zdolność do pracy i przestaje prątkować zmniejszając tym samym zakaźność gruźlicy.

Wedle sprawozdania stacji odmy sztucznej w Warszawie po zastosowaniu odmy sztucznej — 71% chorych odzyskało zdolność do pracy, 55,1% przestało prątkować, z czego 32,3% przestało prątkować już w pierwszym roku leczenia odmą (M a r t y s z e w s k i).

To też w związku z tym zagadnieniem szeroko dyskutowaną jest kwestia, czy poradnia powinna zajmywać się leczeniem gruźlicy płuc. Zdania szeregu ftizjologów w wielu krajach są różne — i dotąd leczenie gruźlicy w poradni ma obok licznych zwolenników też i przeciwników. L e o n B e r n a r d, który był jednym z najzagorzalszych orędowników wprowadzenia lecznictwa w zakres działalności poradni, dzieli zarzuty jakie się podnosi przeciw stosowaniu leczenia w poradni na trzy rodzaje.

Zarzuty:

1) natury zasadniczej,
2) prawnej,
3) praktycznej w obronie interesu zawodowego.

Uważa jednak, że żaden z nich nie ma w obecnej dobie uzasadanienia. Klasyczna zasada, ograniczająca pracę poradni przeciwgruźliczych wynikała wedle Bernarda jedynie z braku realnej terapii w gruźlicy płuc, która obecnie wobec postępu wiedzy w tej dziedzinie musi uledz rewizji i poradnie przeciwgruźlicze przystosować do nowych zadań w społecznej walce z gruźlicą. Jeżeli chodzi o zarzuty natury prawnej to w większości krajów ustawodawstwo przewiduje pomoc lekarską poradni. Sprawa zaś obrony interesu zawodowego da się pogodzić z lecznictwem w poradniach, jeżeli:

1) ogranicza się leczenie do pewnej kategorii chorych ze względów społecznych i klinicznych,
2) jeżeli będzie istniała współpraca i porozumienie pomiędzy lekarzem ordynującym, a poradnią,
3) związki zawodowe lekarzy uznają zasadę lecznictwa w poradni.

Odmiennie ujmuje sprawę lecznictwa w poradni Rudzki, który jest zdania, że zadania poradni ustalone przez Philipa w kierunku społecznego zwalczania gruźlicy przez rozpoznanie i zapobieganie mają rozleglejsze znaczenie i nie powinne być uszczuplane kosztem wprowadzenia lecznictwa do poradni. — Zadania poradni powinne pozostać jedynie zapobiegawczo-rozpoznawcze, wyjątkowo zaś lecznicze, leczenie zaś w zasadzie powinno należeć do sanatoriów, klinik i szpitali oraz ambulatoriów przy nich istniejących. Ta zasada, że poradnie zajmują się jedynie rozpoznaniem i akcją zapobiegawczą utrzymywana jest konsekwentnie w Niemczech. Poradnie w Niemczech rozwijały swą działalność z pomocą samorządu i ubezpieczeń. Wedle Blümela 85% ludności niemieckiej korzysta z pomocy leczniczej, która jest na koszt ubezpieczeń i samorządu przeprowadzana.

Zadania poradni przeciwgruźliczej w Niemczech w stosunku do osób leczonych odmą są wedle Blümela następujące:

1) rozpoznanie (diagnostische Arbeit),
2) kontrola przypadków w pewnych okresach czasu, które się leczy odmą (therapeutische Ueberwachung),
3) akcja zapobiegawcza w stosunku do otoczenia chorego (prophylaktische Arbeit).

Jedynie w pojedynczych wypadkach w poradniach przeciwgruźliczych w Niemczech odmy są dopełniane, naogół jednak leczenie stosowane jest w sanatoriach lub w ambulatoriach szpitalnych, które zajmują się dopełnieniem odmy.

(Dokończenie nastąpi).

Kronika

Kurs przeciwgruźliczy we Lwowie.

W czasie od 6 lutego do 11 marca 1939 r. odbędzie się Kurs przeciwgruźliczy dla lekarzy, zorganizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie z inicjatywy i przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej i w porozumieniu z Wojewódzkim Towarzystwem Przeciwgruźliczym.

W ogłoszonym terminie, tj. do dnia 15 stycznia br. wpłynęło 40 zgłoszeń.

Wobec tego, że kurs będzie miał charakter przede wszystkim praktyczny ze szczególnym uwzględnieniem odmy piersiowej i rentgenodiagnostyki narządu oddechowego — przyjęto na Kurs jedynie 12 lekarzy. Zawiadomienia o przyjęciu, względnie nieprzyjęciu zostaną rozesłane w najbliższych dniach.

W części teoretycznej Kursu mogą wziąć udział wszyscy lekarze i studenci medycyny wyższych lat studiów. Tytuły wykładów i ich terminy zostaną podane do ogólnej wiadomości niebawem.

Konkurs na stanowisko dyrektora sanatorium w Worochcie.

Warunki przyjęcia:

1) Obywatelstwo polskie.
2) Dyplom jednego z Uniwersytetów w Polsce i uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej na terenie Rzeczypospolitej.
3) Co najmniej dwuletnia praktyka na oddziałach szpitalnych oraz ponadto dwuletnia w dziedzinie gruźlicy (klinika, sanatorium, szpital).
4) Praktyka administracyjno-lekarska.
5) Nie przekroczony 45 rok życia.

Do podań należy dołączyć: a) dowody odnośnie punktów 1—5, b) curriculum vitae.

Pierwszeństwo mają asystenci klinik, szpitali lub sanatoriów przeciwgruźliczych oraz lekarze, którzy pracują naukowo i przedłożą prace z dziedziny gruźlicy. Warunki płacy wedle umowy.

Wydział zastrzega sobie prawo swobodnego załatwienia oferty bez podania powodów.

Podania należy skierować w terminie do dnia 15. lutego 1939 na adres: Towarzystwo „Dom Zdrowia Akademika Żydowskiego" — Lwów, ul. Krasickich 18a.

Prosimy o wpłatę prenumeraty rocznej.

Konto P. K. O. 512.197

Prenumerata roczna wynosi 12 zł.